

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO DE  
MONTGOMERY  
SERVICIOS ESCOLARES DE SALUD

PLAN DE ASMA

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Padre/Apoderado: \_\_\_\_\_  
 Médico: \_\_\_\_\_

Padre de Familia/Apoderado,

Por favor complete y regrese ésta información al cuarto de enfermería para que el personal de salud pueda ayudarle con el cuidado de asma de su hijo/a. Todos los estudiantes que tienen medicina para asma en la escuela deben tener esta información completada por el padre de familia o apoderado/a o tener un plan de acción de asma completado por el medico. Esta información será compartida con el personal de la escuela.

**Cuando mi hijo/a tiene un episodio de asma, él/élla presenta los síntomas mencionados en la parte de abajo:**

Dificultad al respirar	Respiración rápida
Labios azulados o grises	Pánico/ansiedad
Tos	Ronquido del pecho
Puntas de los dedos azules o gris	Mareado
Otro _____	

**Cuando mi hijo/a tiene un episodio de asma puede ser causado por:**

Humo	Humedad
Cucarachas	Estres/tension emocional
Animales/mascotas	Olores fuertes/perfumes
Polvo/ácaros	Enfermedades respiratorias
Gramas/flores	Tiza/polvo de la tiza
Cambios de temperatura/ muy frío o aire muy caliente	
Comidas _____	
Otro _____	

**Mi hijo/a:**

Es examinado/a regularmente por el medico por asma	Si	No
Necesita medicina de emergencia dos o más veces por semana	Si	No
Se despierta en la noche tosiendo dos o más veces por semana	Si	No
Fue visto en Emergencia por asma el año pasado	Si	No
Usa un adaptador con el inhalador	Si	No
Usa el medidor de respiración para Controlar el asma	Si	No
Tiene un Plan de Acción de asma Completado por el médico	Si	No
Tiene un rango normal de _____		
Necesita medicina de emergencia cuando el medidor de respiración es menos de _____		
Necesita atención médica cuando el medidor De respiración es menos de _____		

(OVER)

Nombre de mi hijo/a \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**Las medicinas que tiene mi hijo/a son:**

**Control/mantenimiento/ diaria(s):**

Nombre \_\_\_\_\_ Cantidad y frecuencia se administra \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Cantidad y frecuencia se administra \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Cantidad y frecuencia se administra \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Cantidad y frecuencia se administra \_\_\_\_\_

**Control de Asma en la Escuela:**

**Automedicarse/ tener la medicina:** El estudiante puede tener consigo la medicina y automedicarse cuando:

1. El padre de familia lo aprueba y el médico ha firmado en “la automedicación” en el formulario MCPS 525-13 o en el Pland de Acción de Asma.
2. La enfermera evalúa el nivel de destreza del estudiante y se asegura del uso efectivo de la medicina en la escuela, lo que incluye almacenamiento y cuando pedir ayuda.

**Cuando mi hijo/a tiene un episodio de asma en la escuela, el personal de salud y de la escuela hará lo siguiente:**

- Administrar medicina prescrita de emergencia.
- Permitir que el estudiante descanse en el cuarto de enfermería.
- Permitir que el estudiante tenga y se administre el inhalador cuando los requisitos mencionados arriba #1 y #2 se cumplan.
- Llamar al padre de familia cuando el estudiante manifieste síntomas y la medicina es usada.
- Llamar al 911 dependiendo de la situación de emergencia.
- Otro \_\_\_\_\_

Firma del padre de familia/apoderado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Padre de familia/apoderado teléfonos: celular \_\_\_\_\_ Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Revisado por \_\_\_\_\_ , la Enfermera en \_\_\_\_\_  
Fecha

Revisado con el padre de familia/apoderado \_\_\_\_\_  
Fecha

Formulario enviado a la casa \_\_\_\_\_  
Fecha

**Comentarios:**